



The Investigating Rate of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reduces Perceived Stress and Increase Life Expectancy in Women Suffering Coronary Artery Disease

Parvane Radmehr¹, Leila Yousefvand²

1. Dept. of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

2. Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Lorestan, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2016/07/29

Accepted: 2017/04/22

Available online: 2017/11/01

IJHEHP 2017; 5(3):164-172

DOI:

Corresponding Author:

Leila Yousefvand

Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Lorestan, Iran

Tel: +98 9167153134

Email:

yousefvand69@gmail.com



Abstract

Background and Objective: One of the the important issues in coronary artery disease patients is psychological problems such as perceived stress and the decrease in the hope of life The purpose of th study was investigate the effect of cognitive-therapy based on mindedness on reducing perceived stress and increase life expectancy in women suffering coronary artery disease.

Methods: The present study has been developed in two-group experimental design and has been applied in three stages on a total of 30 female patients with Coronary artery disease who have been randomly divided into two groups of test and control. Mindfulness-based cognitive therapy was conducted for the experimental group. While the control group did not receive any intervention during this period .After completing the sessions the, posttest and one month after the intervention, follow-up was administrated to experimental and control group. Cohen (1983) perceived stress and Miler (1988) life expectancy questions were applied as the data collection tools. In order to achieve the results, a multivariate covariance analysis was used.

Results: Before the intervention, no significant difference was observed between the mean scores of the perceived stress and hope of life among the two groups. But after intervention and one month after the intervention, there was a significant difference between the mean score of the perceived stress ($p < 0.001$) and hope of life expectation ($p < 0.001$) in both groups ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the findings, it can be said that mindfulness-based cognitive therapy was effective in reduces perceived stress and increase life expectancy in support women suffering coronary artery disease.

KeyWords: Mindfulness-based cognitive therapy, perceived stress, life expectancy, Coronary artery

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to cite this article:

Radmehr P, Yousefvand L. The Investigating Rate of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reduces Perceived Stress and Increase Life Expectancy in Women Suffering Coronary Artery Disease . Iran J Health Educ Health Promot. 2017; 5 (3) :164-172

Radmehr, P., Yousefvand, L. (2017).The Investigating Rate of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reduces Perceived Stress and Increase Life Expectancy in Women Suffering Coronary Artery Disease. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5 (3):164-172



بررسی میزان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک شده و افزایش امید به زنده ماندن زنان مبتلابه بیماری عروق کرونر

پروانه رادمهر^۱، لیلا یوسفوند^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران
۲. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: از جمله مسائل مهم بیماران عروق کرونر، مشکلات روحی و روانی مانند استرس ادراک شده و کاهش امید به زنده ماندن در آنان است. هدف پژوهش حاضر بررسی میزان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک شده و افزایش امید به زنده ماندن زنان مبتلابه بیماری عروق کرونر بود.
مواد و روش‌ها: این پژوهش مطالعه آزمایشی، دوگروهی و سهم‌حله‌ای است که روی ۳۰ زنبتلابه بیماری عروق کرونر انجام شد که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. مداخله درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای گروه آزمایش اجرا شد. در حالیکه گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون و یک ماه پس از مداخله، پیگیری روی دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های استرس ادراک‌شده کوهن (۱۹۸۳) و امید به زندگی میلر (۱۹۸۸) بود. برای دستیابی به نتایج، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها: پیش از مداخله میان میانگین نمرات استرس ادراک‌شده و امید به زنده ماندن، در دو گروه تفاوت معنادار دیده‌نشده. پس از مداخله و یک ماه پس از مداخله میان میانگین نمره کل استرس ادراک‌شده ($P < 0/001$) و امید به زنده ماندن ($P < 0/001$)، در دو گروه تفاوت معنادار دیده شد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، بر کاهش میزان استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن بیماران مبتلابه بیماری عروق کرونر مؤثر است.

کلمات کلیدی: درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، استرس ادراک‌شده، امید به زنده ماندن، عروق کرونر

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۰۸

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۰۲

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۸/۱۰

IJHEHP 2017; 5(3):162-172

نویسنده مسئول:

لیلا یوسفوند

گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

تلفن: ۰۹۱۶۷۱۵۳۱۳۴

پست الکترونیک:

yousefvand69@gmail.com



مقدمه

می‌شود. از جمله این اختلالات می‌توان به استرس ادراک‌شده اشاره کرد (۴).

استرس ادراک‌شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی، و هیجانی است (۵). بحران‌های ناشی از بیماری عروق کرونر، موجب نداشتن تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان می‌شود اما بیش از دیگر اختلالات، موجب به وجود آمدن استرس می‌شود (۶) و شواهد محکمی وجود دارد که استرس می‌تواند منجر به پیامدهای منفی متفاوتی همچون بیماری‌های جسمی، اختلالات روانی یا احساس فرسودگی در اشخاص شود (۷).

بیماری عروق کرونر شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در بیشتر کشورهای جهان از جمله ایران و مهم‌ترین عامل از کارافتادگی و اختلال در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است (۱، ۲). با وجود پیشرفت‌های سریع تشخیصی و درمانی، هنوز یک‌سوم بیماران عروق کرونر فوت می‌کنند و دوسوم آنها که زنده می‌مانند، هرگز بهبودی کامل نمی‌یابند. این بیماری هزینه‌های هنگفتی را بر نظام‌های بهداشتی، درمانی کشورها تحمیل می‌کند، با اینهمه یکی از قابل‌پیشگیری‌ترین بیماری‌های غیر واگیر انسان به شمار می‌آید (۳). بیماری عروق کرونر، افزون بر ایجاد مشکلات جسمی، باعث اختلال قابل‌توجه در وضعیت روانی بیماران

ادراک شده ارتباط دارد (۱۶) و می‌تواند در رهاسازی افراد از عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند (۱۷) و با افزودن وضوح و حیات به تجربیات، سلامتی، شادمانی و امید به زنده ماندن را به همراه داشته باشد (۱۸). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی به‌ویژه آیین بودایی دارد. تمرینات حضور ذهن می‌توانند نگرش به درد را تغییر دهند و امکانی را فراهم آورند که درد به رنج منجر نشود. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش حضور ذهن، کاهش درد و پریشانی روان‌شناختی را به دنبال دارد (۱۹). حضور ذهن، حالتی از آگاهی، بدون قضاوت تمرکز بر خود است. این حالت در تقابل با تمرکز برگزیده است، به‌ویژه در بیماران عروق کرونری که استرس ادراک‌شده آن‌ها بالا و سطح امید به زنده ماندن در آنان پایین است. حضور ذهن شامل آموزش افراد برای یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی است و نیز جایگزین کردن شناخت‌ها هیجان‌ها، رفتارها و مهارت‌های مقابله‌ای غیرمنطقی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری با حالات انطباقی برای این بیماران است (۲۰).

مداخلات مبتنی بر حضور ذهن یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم محسوب می‌شود که عناصری از شناخت درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن، دیدگاه تمرکززدایی افکار فرد را تسهیل می‌سازد (۱۹). این مداخلات شامل مراقب‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره استرس، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. همه این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در «لحظه اکنون» میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار و امید به زنده ماندن را افزایش می‌دهد و گونه‌ای روش درمانی است برای پیشگیری از افزایش استرس ادراک‌شده که در آن این سه هدف اساسی دنبال می‌شود: الف) تنظیم توجه؛ ب) ایجاد آگاهی فراشناختی؛ ج) تمرکززدایی و ایجاد پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی.

فرض بر این است که پرورش آگاهی به این شیوه، افراد را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارتری، برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری، تمرکززدایی کنند و آن‌ها را رویدادهایی ذهنی بدانند که بازنمایی‌هایی از واقعیت یا ویژگی خود نیستند (۲۱).

مفهوم استرس ادراک‌شده برگرفته از نظریه Lazarus و Folkman (۱۹۸۴) درباره نقش ارزیابی در فرایند استرس است که به وسیله تفسیر یک رویداد به عنوان رویدادی ایجاد می‌شود که فشاری را بر فرد تحمیل می‌کند. این تفسیر از رویداد استرس‌زا بیانگر مفهوم ارزیابی است که تهدیدآمیز یا بی‌خطر بودن موقعیت را مشخص می‌کند (۸). پژوهش‌های رو به گسترش سال‌های گذشته مؤید آن هستند که استرس و تنش‌های روانی - اجتماعی، عامل خطر مستقل از سن، جنس و دیگر فاکتورهای کلاسیک جسمانی بیماری‌های عروق کرونری هستند که از طریق مکانیسم‌های روانی - عصبی - فیزیولوژیک و تحریک سیستم عصبی خودکار، به‌ویژه بخش سمپاتیک، واکنش‌های قلبی - عروقی را افزایش می‌دهند و موجب بروز یا تداوم بیماری‌های قلبی و عروقی می‌شوند (۹).

افزون بر این، اخیراً دانشمندان حوزه سلامت شروع به درک تداعی‌های محتمل بین امید به زنده ماندن و بیماران عروق کرونری کرده‌اند که به اندازه فهم تندرستی و حالت ذهنی مثبت اهمیت دارد (۴). امیدواری در تمام ابعاد زندگی ضروری است. امید یعنی اینکه توانایی باور داشتن فرد به اینکه احساس بهتری در آینده برای او به وجود خواهد آمد. امید، با نیروی نافذ خود، تحریک‌کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌های نوی به دست آرد و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (۱۰) و داشتن امید به زنده ماندن به فرد جرئت می‌دهد که با شرایط خویش روبرو شود و ظرفیت غلبه بر آن‌ها را افزایش دهد (۱۱). امید به زنده ماندن مکانیسم سازگاری مهمی است در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری عروق و کرونری، و فاکتور پیچیده چندبعدی و بالقوه قدرتمندی است در بهبودی و سازگاری مؤثر (۱۲). از نظر Benzein و Berg (۲۰۰۵)، امید به زنده ماندن از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند (۱۳). برعکس، امید نداشتن به زندگی به عنوان تحمل وضعیت فائق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی انتظار نمی‌رود و با استرس ادراک‌شده ارتباط دارد (۱۴). نظر بر این است که امید به زنده ماندن مانند دارونما آثار بیولوژیکی دارد و می‌تواند بر کنترل درد و ناتوانی جسمی بیماران عروق کرونری تأثیر مثبتی بگذارد. در پژوهشی، درباره ارتباط امید به زندگی در روند بیماری نارسایی قلبی تحقیق شده است که نتایج آن تأثیر مثبت امید به زنده ماندن در بیماران قلبی و عروقی را آشکار می‌سازد (۱۵).

پژوهشگران نشان می‌دهند که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش استرس

مدت دو ماه با حضور در کلینیک خصوصی قلب، تحت مداخله درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفت و گروه گواه طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون، و مجدداً یک ماه بعد، پیگیری به عمل آمد. دوره پیگیری، با توجه به مطالعات پیشین، یک ماه در نظر گرفته شد. برای رعایت اصول اخلاقی، پس از مرحله پیگیری، گروه گواه، در چهار جلسه فشرده نیز تحت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل این موارد بود: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی، داشتن سنی بین ۲۰ تا ۳۴ سال، شرکت نکردن در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، تشخیص بیماری عروق کرونر آنان به وسیله پزشک متخصص قلب (که در برگه خلاصه پرونده آنان نوشته شده باشد)، مراجعه کردن آنان برای پیگیری درمان به پزشک معالج خود، کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بودن و قادر بودن به تکلم به زبان فارسی، و برخوردار بودن از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات.

بیمارانی که این شرایط را نداشتند، یا به بیماری‌های همزمان دیگری مبتلا بودند، یا اینکه در تاریخچه پزشکی آنها تشخیص روان‌پزشکی یا عقب‌ماندگی ذهنی درج شده بود، از مطالعه حذف شدند. پس از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. مراجعان فرم موافقت برای همکاری در پژوهش را تکمیل کردند و به آنها اطمینان داده شد که مطالب ارائه شده در جلسات مداخله و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. پس از پایان مداخله و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم‌افزار Spss ویرایش ۱۹، داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار، و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری محاسبه شد.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه استرس ادراک‌شده کوهن (PSS): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ از سوی شلدون کوهن تهیه شده و ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای دارد که برای سنجش استرس عمومی ادراک‌شده در طول یک ماه گذشته به کار می‌رود. این فرم از طریق بررسی پاسخ‌ها، به سنجش افکار و احساسات درباره

با مرور پیشینه پژوهش روشن شد که تاکنون پژوهشی یافت نشد که تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن را بر کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن در بیماران عروق کرونر بررسی کند؛ اما می‌توان به چند نمونه مشابه پژوهشی اشاره کرد. Akbari و همکاران (۲۲) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش ذهن‌آگاهی به کاهش استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌انجامد. Aghabagheri و همکاران (۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، بر افزایش امید بیماران مبتلا به ام‌اس تأثیر معناداری دارد. zargar و kaleghipour (۲۴) نیز در پی مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن، بر افزایش امید به زنده ماندن مادران کودکان کم‌توان ذهنی نقشی اساسی دارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام گرفت.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر به شیوه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری، همه زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بود که به یک کلینیک خصوصی قلب و عروق در سطح شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ ش کرده بودند. این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین منظور، ابتدا با مراجعه به کلینیک خصوصی قلب و عروق، زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر شناسایی و بررسی شدند و پس از جلب همکاری آنان، مقیاس استرس ادراک‌شده و امید به زنده ماندن بین آنان توزیع شد و سپس افرادی از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی آزمون استرس ادراک‌شده در وضعیت غیرطبیعی بودند (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین) و نمره آنها در آزمون امید به زندگی، پایین‌تر از نقطه برش بود، برای نمونه انتخاب شدند.

پس از هم‌تاسازی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمره استرس ادراک‌شده و امید به زنده ماندن و با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با در نظر گرفتن اینکه حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و گواه توصیه می‌شود (۲۵)، نمونه لازم برای این پژوهش شامل ۳۰ تن زن مبتلا به بیماری عروق کرونر بود که به صورت تصادفی در دو گروه انتخاب شدند؛ دو گروه پانزده نفره که برای گروه آزمایش و گروه گواه به صورت تصادفی انتخاب شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی، طی ۸ جلسه دوساعته (هفته‌ای یک جلسه)، به

۲. مخالف؛ ۳. بی تفاوت؛ ۴. موافق؛ ۵. بسیار موافق. در آزمون میلر، دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است، نمره ۴۸ حداکثر درماندگی و نمره ۲۴۰ حداکثر امید را نشان می دهد. Nikrou (۲۰۰۸) پایایی پرسشنامه امید به زندگی میلر را با روش ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف، به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۴ به دست آورد. برای محاسبه روای نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص شد که رابطه معناداری بین نمره آن ها وجود دارد (p= ۰/۰۱ و r=۰/۳۵). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

پروتکل درمانی به کاررفته در این پژوهش برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲)، ترجمه Mohamadkani و همکاران (۲۷) انجام گرفت. این پروتکل درمانی حدود ۲۰۰۰ سال پیش، از بودیسم گرفته شد و امروزه بهترین نویسندگان این موضوع، بودیست هستند. این درمان براساس برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کاباتزین پایه ریزی شده و Segal و همکاران (۲۰۰۲) آن را برنامه ریزی کرده اند. محتوای این جلسات در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشارهای روانی و استرس های تجربه شده می پردازد. به هر پرسش براساس طیف پنج درجه ای لیکرت به «هرگز» ۰، «تقریباً هرگز» ۱، «گاهی اوقات» ۲، «اغلب اوقات» ۳، «بیشتر اوقات» ۴ امتیاز تعلق می گیرد. پرسش های ۴- ۵- ۶- ۷- ۹- ۱۰- و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می شود (هرگز = ۴ تا بیشتر اوقات = ۰). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره برش ۲۱/۸ و نمره کسب شده بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه، ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است (۲۶). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

پرسشنامه امید به زندگی میلر (۱۹۸۸): این آزمون نخستین بار برای سنجش در بیماران قلبی در آمریکا به کار رفت تا میزان امید را در آن ها نشان دهد. آزمون میلر ۴۸ جنبه از حالت های امید و درمانگری را شامل می شود و ارزش نمره هر جنبه، از ۱ تا ۵ متغیر است. در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است، این گزینه ها قرار دارد: ۱. بسیار مخالف؛

جدول شماره ۱. محتوای جلسات درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن

جلسه	محتوا
۱.	تنظیم خطمشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی، توزیع نوارها و جزوات جلسه اول.
۲.	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذاشتن برجسب فرضیه روی آن ها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی.
۳.	تمرین دیدن یا شنیدن، معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطق اجرای آن، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای و بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
۴.	تمرین پنج دقیقه ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه ذهن آگاهی، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
۵.	پیش از هر تغییری باید خود را به همان گونه ای که هستیم بپذیریم و این مستلزم اجازه دادن و مجوز بخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، مرور و بررسی تمرین جلسه پیش، تعیین تکلیف خانگی.
۶.	آموزش توجه به ذهن و اینکه افکار حقایق نیستند و خلق و افکار منفی ارتباط ما را با تجربه محدود می کنند، درک این مطلب که افکار فقط فکر هستند، مراقبه نشسته چهار دقیقه ای، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار بازنگری، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره.
۷.	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین ها، برنامه ریزی فعالیت: تعیین و تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش و تسلط برانگیز، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.
۸.	بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی.

یافته ها

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در متغیرهای استرس ادراک شده و امید به زنده ماندن، ابتدا مفروضه‌های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی شد. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که معناداری آزمون لون در نمره‌های استرس ادراک شده و امید به زنده ماندن در هر سه زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بیشتر از ۰/۰۵ است. با توجه به این امر، دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. بررسی همگنی رگرسیون نیز نشان از معنادار نبودن شرایط و پیش‌آزمون دارد. همچنین پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنف، نرمال بودن توزیع نمونه‌ها بررسی شد. بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارند؛ بدین معنی که بین آزمودنی‌ها گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

در رابطه با مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران، همه آنان در دامنه سنی ۲۰-۳۴ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله $30/66 \pm 6/45$ و گروه گواه $31/86 \pm 5/75$ بود. همچنین در هر دو گروه آزمایش و گواه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تاشده بودند. پس از اجرای درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن، از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد. سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد. جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات استرس ادراک شده و امید به زنده ماندن را در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آنجا که کسب نمره بیشتر در استرس ادراک شده و نمره کمتر در امید به زنده ماندن نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در استرس ادراک شده کاهش، و امید به زنده ماندن، افزایش معناداری نسبت به گروه گواه دارد. به علاوه، پس از گذشت یک ماه از اجرای مداخله، مشخص شد که کاهش استرس ادراک شده و افزایش امید به زنده ماندن در اعضای گروه آزمایش، در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری ادامه داشته است ($P < 0/001$).

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات استرس ادراک شده و امید به زنده ماندن به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه آزمایش	گروه گواه
سن	میانگین ۳۰/۶۶	انحراف معیار ۵/۷۵
استرس ادراک شده	پیش‌آزمون ۳۸/۶۳	میانگین ۳۱/۸۶
	پس‌آزمون ۳۰/۷۷	انحراف معیار ۲/۴۹
	پیگیری ۳۲/۱۱	میانگین ۳۶/۵۷
امید به زنده ماندن	پیش‌آزمون ۱۳۰/۷۹	انحراف معیار ۲/۴۱
	پس‌آزمون ۱۳۸/۴۵	میانگین ۱۳۱/۰۹
	پیگیری ۱۳۹/۴۶	انحراف معیار ۴/۶۷

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر تفاضل نمره‌های پس‌آزمون - پیش‌آزمون متغیرهای وابسته (استرس ادراک شده و امید به زنده ماندن) در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع	آزمون	ارزش	F	فرضیه df	خطا df	معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۱۶۵	۷۹/۸۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۳۵	۷۹/۸۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۶/۳۸۸	۷۹/۸۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۶/۳۸۸	۷۹/۸۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱

گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر باشد، که این درمان در مرحله پس‌آزمون ۷۶ درصد بر استرس ادراک‌شده و ۷۱/۶ درصد بر امید به زنده ماندن، و در مرحله پیگیری، ۶۶ درصد بر استرس ادراک‌شده و ۶۸ درصد بر امید به زنده ماندن مؤثر بوده است.

جدول شماره ۴ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس یافته‌های پژوهش را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول دیده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در متغیرهای وابسته دیده می‌شود، به گونه‌ای که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن توانسته است به طور معناداری در کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن ($P < 0.01$)

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک‌شده و ارتقای امید به زنده ماندن

متغیر وابسته	مراحل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجدور اتا	توان آماری
استرس ادراک‌شده	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۰۲/۳۳	۱	۱۰۲/۳۳	۲۷/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱۷	۰/۹۹۹
	پیگیری	عضویت گروهی	۳۰۶/۸۱	۱	۳۰۶/۸۱	۸۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳	۱
	عضویت گروهی	پیش‌آزمون	۶۸/۰۸	۱	۶۸/۰۸	۱۵/۲۴	۰/۰۱	۰/۳۷۰	۰/۹۶۴
امید به زنده ماندن	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۶۵۸/۱۵	۱	۶۵۸/۱۵	۱۷۰/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۸	۱
	پیگیری	عضویت گروهی	۲۵۲/۳۰	۱	۲۵۲/۳۰	۶۵/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶	۱
	عضویت گروهی	پیش‌آزمون	۶۸۸/۶۹	۱	۶۸۸/۶۹	۱۶۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۱	۱
			۲۳۸/۳۵	۱	۲۳۸/۳۵	۵۵/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۲	۱

پژوهش خود با تحلیل داده‌ها از طریق روش کوواریانس نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش استرس ادراک‌شده گروه آزمایش نسبت به گروه انتظار مؤثر بوده است؛ به عبارت دیگر، ذهن‌آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات، می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد کند که این یافته همچنین با یافته‌های Smit, Shelley, Dalen, Bernard و Wiggins, Tooley (۲۰۱۲) و Evens, Ferrando (۲۰۰۸) Haglin, Findler, Stowell, Smart همسویی دارد (۲۹، ۳۰). آنان نیز در یافته‌های این پژوهش خود دریافتند که استرس زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر، بیشتر جنبه ذهنی و شناختی دارد؛ زیرا در این روش، شخص می‌آموزد با تکنیک‌هایی که مربوط به تجربه کردن لحظه حال است، به طور موقت از نگرش و باورهای خود که ریشه در گذشته دارد و متأثر از ترس‌ها و نگرانی‌های آینده است، رها شود. همچنین، این نگرش در آن‌ها به وجود می‌آید که به تمامی امور (خوشایند و ناخوشایند) پذیرش بدون داوری نشان دهند. بنابراین استفاده از این روش درمانی پاسخ شناختی به استرس را تعدیل می‌کند و از این رهگذر تأثیر بیشتری در کاهش استرس ادراک‌شده، افزایش توانایی مقابله با استرس و کاهش احساس‌های منفی دارد. در کنار کاهش استرس ادراک‌شده، پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، افزایش امید به زنده ماندن

بحث

با توجه به اینکه بیماران عروق کرونر از استرس ادراک‌شده بالایی رنج می‌برند، استفاده از برنامه درمانی‌ای که بتواند استرس را در آنان کاهش دهد و زمینه شادی و امید به زنده ماندن را برای آن‌ها به ارمغان آورد از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر میزان درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر اجرا شد.

آنچه پژوهش حاضر را متمایز می‌سازد، انتخاب یک گروه هدف خاص مبتلا به علائم استرس ادراک‌شده، برای بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن است. همانطور که نتایج پژوهش نشان داد، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن توانسته است به طور چشمگیری میزان استرس ادراک‌شده را کاهش و میزان امید به زنده ماندن را افزایش دهد؛ به گونه‌ای که این کاهش و ارتقاء، هم پس از پایان مداخله و هم یک ماه پس از اجرای مداخله ادامه داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Akbari و همکاران (۲۲)، Aghabagheri و همکاران (۲۳) و

Zarghar و khaleghipour (۲۴) هماهنگ و همسو است. افزون بر این، کاهش استرس ادراک‌شده با استفاده از روش حضور ذهن به طور معناداری به افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان و نیز کاهش تنش بدنی انجامیده است (۲۸). Akbari و همکاران در

بنابراین ضرورت دارد تا تدابیری برای کمک به بیماران عروق کرونر به منظور کاهش مشکلات روانی ناشی از آن و افزایش امید به زنده ماندن اندیشیده شود.

هر طرح پژوهش محدودیت‌های ویژه‌ای دارد و باید با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها به میزان درستی در تفسیر نتایج توجه کرد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نمونه بررسی شده فقط به بیماران شهر خرم‌آباد محدود بود؛ لذا باید در تعمیم نتایج آن احتیاط کرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش این است که به بیماران قلبی زن محدود شده است؛ بنابراین به پژوهشگران توصیه می‌شود که پژوهش حاضر را روی هر دو جنس مرد و زن و دیگر بیماری‌های جسمی انجام دهند و تغییرات هر دو گروه را با هم مقایسه کنند که می‌تواند زمینه‌ساز بستری مناسب برای تعمیم‌پذیری بیش‌تر نتایج گردد.

نتیجه‌گیری

استفاده از مداخله درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن، با کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر همراه است، بنابراین این شیوه درمانی را می‌توان شیوه مستقلی دانست یا در کنار سایر شیوه‌های درمانی مثل دارودرمانی به کاربرد و مشکلات روان‌شناختی و رفتاری ناشی از استرس ادراک‌شده و نداشتن امید به زنده ماندن را در افراد بهبود بخشید.

سیاسگزاری

از همه عوامل دست‌اندرکار و به‌ویژه بیماران عزیزی تشکر می‌شود که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری کردند.

در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر را به دنبال دارد. این مداخله با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی، شادمانی و امید به زنده ماندن آنان را به همراه داشته باشد.

Zarghar و khaleghipour نیز نشان دادند که ذهن‌آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند که این امر خود موجبات امید به زنده ماندن را در بیماران عروق کرونر فراهم می‌سازد. امید به زندگی، مکانیسم سازگاری مهم در بیماری‌های عروق و کرونر و فاکتوری پیچیده، چندبعدی و بالقوه و قدرتمند است در ایجاد بهبودی و سازگاری. همچنین از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند، اما نداشتن امید به زندگی به عنوان تحمل وضعیت فائق‌نیامدنی‌ای تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی انتظار نمی‌رود و با استرس ادراک‌شده ارتباط دارد. لذا مداخلات مبتنی بر حضور ذهن به عنوان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم که شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره استرس، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است (که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد)، توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در «لحظه اکنون» میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار و امید به زنده ماندن را افزایش می‌دهد و گونه‌ای درمان برای پیشگیری از افزایش استرس ادراک‌شده است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند در سازگاری و روند بهبود بیماران مؤثر باشد.

References

- Shahsavari Isfahani S, Nazari F, Karimyar Jahromy M, Sadeghi M. An epidemiologic study of cardiovascular patients admitted to hospitals arranged in 2012. *J of Cardi Nurs* 2012; 11(2): 15-21.
- Zellweger MJ, Osterwalder R, Langewitz W, Pfisterer ME. Coronary artery disease and depression *J Eur heart* 2004; 25(7): 543- 50.
- Roger Veronique L. et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics- 2012 update: Areport from the American heart Association 2012; 125(1): 188.
- Ebadi A, Moradian T, Fayce F, Asian M. Comparing hospital anxiety and depression in patients suffering coronary artery disease based on proposed treatment. *J of Critic Care Nurs* 2011; 4(2): 97-102.
- Behrouzy N, Shehniyeylagh M, Pourseyedi M. Perfectionism, perceived stress and social support, academic burnout. *J Culture strategy* 2012; 20: 84-102.
- Burnurd P, Edwards D, Bennett K, Thaibah H, Tothova V, Baldacchino D. et al. A comparative, longitudinal study of stress in students nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *J Nurse Educ Tod* 2008; 26: 134- 45.
- Kabat-Zinn J. *Coming to our senses: healing ourselves and the world through mindfulness*: New York: Hyperion; 2005.
- Mousavi A, Alipur A, Agah harris M, Zare H. The effect of the new program Lrn (LEARN) in reducing perceived stress and worries students. *J of Heal Psych* 2013; 3(2): 48-63.

9. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DG, Hoeksma SN. Hilgard introduction to psychology. 13th ed. Harcourt college publishers; 2000.
10. Pourmohamadreza- Tajrishi M, Ashori M, Jalilabkenar SS. The effectiveness of emotion intelligence training on the mental health of male deaf students. *Ira J of pub heal* 2013; 42(10): 1174- 1180.
11. Myers JE, Harper MC. Evidence- Based effective practices with older adults. *J of couns& develot* 2004; 82(2): 207- 218.
12. Hearth K, Eenhancing hope in people with a first recurrence. *J of Adv Nur* 2000; 32(6): 1431- 41.
13. Benzein E, Berg A. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *J Palli Medi* 2005; 19(3): 234- 40.
14. Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and hopelessness: Critical clinical constructs. Sage Publications, Inc; 1995.
15. Hoseinyan E, Soudani M, Mehrabzadeh Honarmand M. Efficacy of group logotherapy on cancer patients life expectation. *Jbeha sci* 2009; 3(4): 287- 92.
16. Speca M, Carlson LE, Goodey E, et al. A randomized, wait- list controlled clinical trial, the effect of a mindfulness meditation- based stress reduction. Program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *J psych med* 2000; 62(5): 613- 622.
17. Ryan RM, Deci EL. Self- determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *J Am psych* 2000; 55(1): 68- 78.
18. Brewin CR, Waston M, Mccarthy S, Hyman P, Dayson D. Intrusive memories and depression in cancer patients. *J Beha Res There* 1998; 36(12): 31- 42.
19. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: Asystematic review and meta-analysis. *J Behav Rese and Thera* 2008; 46: 296-321.
20. Eisendrath S, Chartier M, Mclane M. Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment, Resistant Depression[electronic version]. *J Cogni and Behave Pract* 2012; 18:362-370.
21. Mace C. Mindfulness and mental health: Therapy, theory and science. Routledge; 2007 Sep 12.
22. Akbari ME, Nafisi N, Jamshidfar Z. Effectiveness of mindfulness in reducing perceived stress in patients with breast cancer. *J of Beha* 2013; 7(27): 8- 96.
23. Aghabagheri H, Mohammadkhani P, Omrani S, Farahmand V. Mindfulness based group therapy on Increase in subjective well-being and hope to MS patients. *Clin Psychol*. 2012;4(1):23–31.
24. Khaleghipour Sh, Zargar F. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy mothers of children with mental retardation. *J behasci rese* 2013; 12(2): 45- 50.
25. Delavar A, Statistical methods in psychology and educative Sciences, Pay Noo unive; 2007.
26. Sanaei H, Mousavi SAM, Moradi AR, Parhoon H, & Sanaei S. The Effectiveness of Stress Mindfulness Therapy on Self-efficacy, Stress Perceived and orientated to the lives of women with breast cancer. *J Thoug and behav* 2017; 11(44): 58- 90.
27. Mohamamdkhani P. Structured Clinical Interview for Disorders DSM-IV-TR. Tehran: Danjeh; 2010.
28. Block J. Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety (Doctoral dissertation, University at Albany, State University of New York).
29. Smith BW, Shelley BM, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Bernard J. A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2008 Apr 1;14(3):251-8.
30. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2008 31;22(4):716-21.

